

**DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA**  
**ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE**  
**(VERSÃO NÃO CONFIDENCIAL)**

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde nos setores privado, público, cooperativo e social;

Considerando as atribuições da Entidade Reguladora da Saúde conferidas pelo artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os objetivos da atividade reguladora da Entidade Reguladora da Saúde estabelecidos no artigo 10.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os poderes de supervisão da Entidade Reguladora da Saúde estabelecidos no artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Visto o processo registado sob o n.º ERS/052/2015;

**I. DO PROCESSO**

**I.1. Origem do processo**

1. Em 13 de fevereiro de 2015, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento de uma exposição subscrita por A.S., relativa ao utente J.P., visando a atuação do Centro Hospitalar de São João, E.P.E. (CHSJ) e do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. (CHTMAD), tendo tal exposição sido inicialmente tratada em sede do processo de avaliação n.º AV/101/2015.
2. Subsequentemente, face aos elementos recolhidos em tal processo de avaliação e atendendo à necessidade de adoção de uma atuação regulatória da ERS ao abrigo das suas atribuições e competências, o Conselho de Administração deliberou, por despacho

de 23 de setembro de 2015, a abertura de processo de inquérito registado sob o n.º ERS/052/2015.

3. No âmbito da instrução dos presentes autos, a ERS rececionou ainda uma reclamação subscrita por P.R., na qualidade de filho do utente J.R., visando igualmente a atuação do CHSJ no que respeita à transferência daquele utente para o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. - Hospital de Santo António (CHP);
4. De acordo com a referida reclamação, o utente foi transferido do Hospital de Amarante, - (CHTS), para o CHSJ e posteriormente para o Hospital de Santo António – CHP, tendo aguardado cerca de três horas para operacionalização da mesma.
5. Atendendo à similitude das matérias em causa e à necessidade de uma intervenção regulatória junto do CHSJ, foi decidida a apensação da referida reclamação aos presentes autos.

## **I.2. Diligências**

6. No âmbito das diligências instrutórias desenvolvidas pela ERS, foi efetuado:
  - (i) Pesquisa no SRER da ERS sobre os estabelecimentos hospitalares visados;
  - (ii) Pedido de informação ao Centro Hospitalar de São João, E.P.E., por ofício enviado em 12 de junho de 2015, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 1 de julho de 2015;
  - (iii) Pedido de informação ao Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., por ofício enviado me 12 de junho de 2015, com insistência em 29 de julho de 2015, e análise da resposta endereçada à ERS rececionada em 25 de agosto de 2015;
  - (iv) Notificação de abertura de Processo de Inquérito, remetida ao Centro Hospitalar de São João, E.P.E., ao Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro e à exponents, por ofício enviado me 2 de novembro de 2015;
  - (v) Pedido de informação ao Centro Hospitalar de São João, E.P.E., por ofício enviado me 24 de agosto de 2016, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 13 de setembro de 2016.

- (vi) Pedido de informação à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), por ofício enviado em 4 de outubro de 2016, e análise da resposta endereçada à ERS, rececionada em 27 de outubro de 2016.

## II. DOS FACTOS

### II.1. Da reclamação apresentada pela exponents A.S.

7. Na reclamação rececionada pela ERS, é questionado o facto do utente ter sido transferido do Serviço de Urgência do Hospital de S. João - unidade de saúde integrada no CHSJ, para o Hospital de Lamego - unidade de saúde integrada no CHTMAD e posteriormente para o Hospital de Amarante - unidade de saúde integrada no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE (CHTS).
8. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados na reclamação dirigida ao CHTMAD:

“ [...]

*No dia 1/2 [o utente] [...] necessitou de ir ao serviço de urgência do H.S. João [...] por volta das 17:30 foi diagnosticado diabetes muito elevados, por volta da 1 hora da madrugada o médico informou os familiares que o doente ia ser transferido para o H. Lamego que já tinha falado com o colega e havia vagas para internamento. No dia 2/2 pela 15h continuava numa maca na urgência [...] no dia 3/2 ligaram dizendo que não havia vaga e ia ser transferido para Amarante [...].”*

9. Tal exposição recebeu por parte do CHTMAD a alegação de que “[...]Tendo em consideração os registos informáticos, não há informação de que haveria alguma vaga para a utente em questão e ao domingo, dia em que o utente foi transferido, também não é costume haver vagas, pois na maior parte das vezes não há altas nesse dia. O utente em questão deveria ter sido transferido para o Hospital de Penafiel ou de Amarante, Unidades pertencentes ao Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, que dá cobertura aos utentes residentes no concelho de Resende. Desta forma, o utente foi indevidamente transferido para esta Unidade Hospitalar [...]”- cfr. resposta endereçada pelo CHTMAD à exponents a 2 de março de 2015, junta aos autos e cujo teor aqui se dá por integralmente reproduzido.
10. Atenta a necessidade de obtenção de informação mais completa sobre os factos alegados, foi enviado um pedido de elementos aos prestadores de cuidados de saúde visados, concretamente foi solicitado ao CHSJ:

“[...]”

1. *Pronunciem-se sobre todo o teor da exposição remetida à ERS;*
2. *Descrição de todas as etapas (admissão, transferência, alta) percorridas pelo utente com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhada do respetivo suporte documental;*
3. *Explicitação de forma fundamentada e acompanhada do respetivo suporte documental, dos procedimentos internos existentes para a operacionalização da transferência inter-hospitalar de utentes, no que concretamente respeita a:*
  - a) *Identificação do hospital de destino elegível em função da área de residência do utente;*
  - b) *Meio de contacto com hospital de destino;*
  - c) *Meio de formalização do pedido e conseqüente aceitação;*
  - d) *Meio de formalização da conclusão da transferência, mediante admissão do utente na entidade hospitalar de destino;*
4. *Indicação, no caso concreto, dos procedimentos desencadeados para transferência do utente para o Hospital de Lamego, acompanhados do respetivo suporte documental, com discriminação:*
  - i. *Data e hora da realização do contacto;*
  - ii. *Identificação do profissional responsável pela realização do contacto por nome, categoria profissional, funções e serviço em que se encontra inserido;*
  - iii. *Identificação do profissional responsável pela receção do contacto (no Hospital de Lamego) por nome, categoria profissional, funções e serviço em que se encontra inserido;*
  - iv. *Concretização dos cuidados específicos que se visavam acautelar com a transferência do utente, com referência ao tipo de vaga de internamento pedida.*
5. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.”*

11. Nessa sequência veio o CHSJ prestar os esclarecimentos suscitados, enviando o relatório do episódio de urgência, do qual se retira que:

- (i) “[...] O utente foi admitido no SU do HSJ às 17:20 do dia 01 de fevereiro de 2015”;

- (ii) “[...] *Foi identificado como “senhor de 90 anos, mora em Resende com a filha”;*
- (iii) *Apresentando como história de doença atual a descrição “trazido pela filha por apresentar alteração do comportamento desde há 4 dias, hoje agravado, com agressividade verbal [...]”;*
- (iv) *Constando ainda do predito relatório, que às 00:33 do dia 2 de fevereiro de 2015, o utente foi transferido “[...] para o Hospital de Lamego após contacto com a Dr.ª. A. R. (SU Medicina Interna). Informe a família.”;*
- (v) *Sendo aí descrito “alta por transferência externa, destino Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. – Unidade de Vila Real, necessidade de transporte de ambulância, médico responsável pelo internamento na outra instituição Dr.ª A.R., Serviço de internamento na outra instituição Medicina Interna.”;*
- (vi) *Embora esteja ainda registado nas notas adicionais uma referência à Unidade de Lamego do CHTMAD.*

12. Também para esclarecimento das questões suscitadas, enviou o CHSJ relatório clínico elaborado pelo médico que acompanhou o utente no SU, donde se destaca:

“[...]”

*O caso foi discutido em equipa médica tendo-se decidido que seria apropriado, face ao diagnóstico de Diabete Mellitus, o internamento do doente, para estudo e controlo da descompensação da diabetes;*

*Face a essa decisão, e atendendo à prioridade em proporcionar cuidados de saúde de proximidade, e com a garantia que esses cuidados poderiam ser prestados no local onde o doente viesse a ser transferido segui os procedimentos habituais em vigor na instituição para estudar a possibilidade de transferência do utente para o hospital de referência de acordo com a sua área de residência e Centro de Saúde;*

*Após consulta dos documentos da “Rede de Referência Hospitalar da Região Norte”, constatou-se que o hospital que serve a área de residência do doente era o Hospital de Lamego [...];*

*Foi feito contacto telefónico para o dito Centro Hospitalar, tendo apresentado o caso clínico à Médica que desempenhava funções no Serviço de Urgência em Medicina Interna (Dr.ª A.R.), que confirmou que o Hospital de Lamego era de facto o hospital*

*de referência para o concelho de Resende e não apresentou entraves á transferência do doente, com a qual concordou;*

*Foi explicado o diagnóstico, prognóstico e plano diagnóstico e terapêutico à família e ao utente, bem como a decisão de transferência, os quais [...] compreenderam e aceitaram [...];*

*Não me recordo de ter prestado à família qualquer informação especificamente sobre a disponibilidade de camas para internamento no Hospital de destino. Não tendo sido exposta qualquer objeção pela colega responsável pela Recepção do doente, garantiu-se que o Hospital de Lamego teria condições para receber o mesmo e prosseguir os cuidados médicos, situação que a não se verificar impossibilitaria a transferência. Destacar que de acordo com a nossa observação então efectuada, o doente não necessitava de nível de cuidados mais diferenciados em hospital de nível superior [...].”*

13. Igualmente por ofício de 12 de junho de 2015 foi solicitado ao CHTMAD:

“[...]

1. *Se pronunciem sobre todo o teor da exposição remetida à ERS;*
2. *Descrição de todas as etapas (admissão, transferência, alta) percorridas pelo utente no Hospital de Lamego com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhada do respetivo suporte documental;*
3. *Indicação dos procedimentos vigentes para admissão de utente proveniente de outro prestador de cuidados de saúde, por via de transferência inter-hospitalar, com referência aos concretos serviços de admissão envolvidos e responsabilidades atribuídas aos diferentes interlocutores;*
4. *Indicação, no caso concreto, dos mecanismos de comunicação estabelecidos pelo Centro Hospitalar S. João, E.P.E. com o Hospital de Lamego, para operacionalização da transferência do utente [J.P.]concretamente:*
  - i. *Identificação do profissional responsável pela realização do contacto (no CHSJ) por nome, categoria profissional, funções e serviço em que se encontra inserido;*
  - ii. *Identificação do profissional responsável pela receção do contacto (no HL) por nome, categoria profissional, funções e serviço em que se encontra inserido;*

- iii. *Tipo de vaga solicitada, por referência à especialidade e/ou serviço respetivo;*
- iv. *Diligências internamente desencadeadas para confirmação da disponibilidade de vaga;*
- 5. *Indicação dos fundamentos que determinaram a transferência do utente para o Hospital de Amarante;*
- 6. *Diligências adotadas para envio do utente ao Hospital de Amarante após verificação da inexistência de vaga;*
- 7. *Indicação das regras de referenciação vigentes e aplicáveis em situações semelhantes à ocorrida nos autos acompanhado do respetivo suporte documental;*
- 8. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.”*

14. Assim, após envio de ofício de insistência, veio aquele prestador esclarecer que:

“[...]”

*O doente J.P. deu entrada no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (Unidade de Lamego) a 02/02/2015.*

*No dia 03/02/2015 encontrava-se internado no Serviço de Urgência dado ausência de camas no Serviço de Medicina Interna. O doente estava estabilizado mas não num quarto, nem num Serviço de Internamento onde, por norma, são prestados melhores cuidados pessoais e melhores cuidados de conforto. O número elevado de doentes e, a aguardar vaga na Unidade de Lamego, era grande. Desta feita e dado que a área de residência do doente (Resende) pertence ao Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa, o doente não possui seguimento ativo no Hospital de Lamego optou-se pela sua transferência para o seu Hospital de referência (Hospital de Amarante). Tal facto foi comunicado ao doente e à família. Foi calculada pontuação de transporte e o doente transferido, após contacto telefónico com o colega de Medicina Interna de Urgência nesse mesmo dia no Hospital de Amarante. Não decorreu qualquer intercorrência durante o transporte e o doente teve alta posterior com o seu problema de saúde resolvido.*

*Foram respeitadas todas as normas decorrentes da transferência de um doente para outra unidade hospitalar.*

*Tal situação é extremamente comum e tem em conta a área de influência dos respetivos Hospitais.”*

15. Para suporte de tal informação, juntou o CHTMAD informação prestada pela médica A.R. atestando que:

“[...]

*No dia 2 de Fevereiro de 2015, por estar a trabalhar no Serviço de Urgência do Hospital de Lamego como internista, fui contactada cerca das 23h30 por um colega do Hospital de São João que pretendia transferir um doente. Embora alertando o colega que não havia disponibilidade de vagas no internamento de Medicina, por me ter sido confirmado pelo colega que o doente pertencia a esta área de residência e se encontrava de igual modo no Serviço de Urgência do Hospital de São João por falta de vagas de Internamento, aceitei a transferência. O doente [...] foi recebido cerca das 03H00 da madrugada no Serviço de Urgência do Hospital de Lamego. Encontrava-se vígil, estável do ponto de vista hemodinâmico e sem qualquer outro sinal de descompensação. Foi apenas nesta altura que foi verificada a área de residência do doente, pertencente a Resende, área de influência do Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa. Dado o adiantado da hora optou-se por manter o doente no serviço de urgência do Hospital de Lamego até à manhã seguinte para se proceder à transferência para o Hospital da Área de Residência, para que o doente pudesse receber os cuidados necessários em regime de internamento hospitalar, como de facto foi realizado. Durante a permanência no Serviço de Urgência do Hospital de Lamego, o doente manteve-se sempre clínica e hemodinamicamente estável, cumprindo a antibioterapia prescrita bem como restante tratamento farmacológico. Transmiti a informação clínica e social ao colega de Medicina Interna que iniciou funções na manhã do dia 03 de Fevereiro de 2015, realçando que o doente estava estável para a transferência hospitalar. Sendo esta uma situação que nos é muito frequente, especialmente nesta altura do ano, em que há uma maior afluência aos cuidados de saúde e que é necessária maior disponibilidade de camas de internamento, a opção é transferir para o Hospital da Área de Residência, sempre o doente apresente condições para tal transferência [...].”*

16. Considerando que na génese da situação em análise se encontra o diferente entendimento do CHSJ e CHTMAD sobre qual o hospital que serve a área de residência do doente, concretamente o concelho de Resende;
17. Porquanto no momento da transferência o CHSJ entendeu que de acordo com a Rede de Referência Hospitalar da Região Norte – Serviços de Urgência o utente deveria ser encaminhado para o CHTMAD;

18. O que não correspondeu ao entendimento desta unidade que ao receber o utente o reencaminhou para o CHTS;
19. Considerando ainda que em 16 de setembro de 2016 a ERS recebeu comunicação eletrónica da ACSS, que embora não tenha correlato direto com os presentes autos, secunda a informação de que o concelho de Resende se encontra abrangido pela área de influência do CHTS<sup>1</sup>;
20. Foi efetuado um pedido de informação à ACSS, nos seguintes termos:

“[...]”

- (i) *As áreas de influência identificadas no anexo constante do doc. 4 [documento da ACSS intitulado Áreas de influência atualmente em vigor para cada hospital]<sup>2</sup> encontravam-se em vigor à data dos factos?*
- (ii) *De que forma se sana a incongruência de referência subjacente à simultânea vigência dos doc. 2 [Rede de Referência Hospitalar da Região Norte] e doc. 4?*
- (iii) *Qual dos dois documentos se encontra atualmente em vigor, isto é, qual o hospital que à data de hoje deveria ter sido eleito como hospital de destino pelo CHSJ, pressupondo como área de residência do utente o concelho de Resende?”.*

21. Nessa sequência, por ofício datado de 21 de outubro de 2016, veio a ACSS informar que:

“[...] não há qualquer diploma legal que defina as áreas de influência dos hospitais não PPP.

*No entanto, nos documentos técnicos disponíveis na Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., que têm sido validados pelas Administrações Regionais de Saúde, o concelho de Resende está incluído na área de influência direta do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E..*

*De referir que também a proposta de Rede de Referência Hospitalar (RRH) de Medicina Interna, elaborada em 2011, mas que não foi aprovada pela Tutela, considera o concelho de Resende abrangido pelo referido Centro Hospitalar.*

*No que respeita aos documentos apresentados pelo Centro Hospitalar de São João, E.P.E., para justificar a transferência do doente para o Centro Hospitalar de Trás os*

<sup>1</sup> Conforme documentação junta aos autos e cujo teor se dá por integralmente reproduzido.

<sup>2</sup> Rececionado na comunicação eletrónica de 16 de setembro de 2016 *supra* aludida.

*Montes e Alto Douro, E.P.E. (unidade hospitalar de Lamego), a sua validade poderá estar em causa. É o exemplo do que consta da Página 53 do “Relatório sobre a Rede Hospitalar com Financiamento público” e o esquema da Rede de Referenciação Hospitalar da Região Norte – Serviços de Urgência (fevereiro 2011) no qual não está identificada a fonte.*

*Por outro lado, tratando-se da transferência de um doente para seguimento de tratamento em internamento, e não da transferência entre serviços de urgência, devem ser consideradas as RRH da especialidade em causa.”*

## **II.2. Da reclamação apresentada pelo exponente P.R.**

22. De acordo com a reclamação subscrita pelo utente P.R., o utente J.R. foi transferido do Hospital de Amarante,- (CHTS), para o CHSJ e posteriormente para o Hospital de Santo António – CHP;

23. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pelo exponente:

“[...]

*O meu pai deu entrada [no] Hospital de São João com um buraco numa vista de onde já tinha sido encaminhado do Hospital S. Gonçalo em Amarante e tendo sido atendido por volta das 18:00H e o médico tendo dado conhecimento que teria de ser transferido para o Hospital de Santo António para uma cirurgia à vista e deixaram o meu pai 3h à espera para ser transferido para uma cirurgia urgente [...].”*

24. Após análise da exposição, atenta a necessidade de obtenção de informação mais completa sobre os factos alegados foi solicitado ao CHSJ:

“[...]

1. *Pronunciem-se sobre todo o teor da exposição remetida à ERS;*
2. *Descrição de todas as etapas (admissão, transferência, alta) percorridas pelo utente com indicação de data, hora e profissional responsável pela sua operacionalização, por nome, categoria profissional, funções e serviço em que o mesmo se integra, acompanhada do respetivo suporte documental;*
3. *Indicação, no caso concreto, dos procedimentos desencadeados para transferência do utente para o CHP – Hospital Sto. António, acompanhados do respetivo suporte documental, designadamente, cópia das fichas que suportam as diligências de contacto realizadas para o efeito, indicando:*

- i. *Data e hora da realização do contacto;*
  - ii. *Identificação do profissional responsável pela realização do contacto por nome, categoria profissional, funções e serviço em que se encontra inserido;*
  - iii. *Concretização dos cuidados específicos que se visavam acautelar com a transferência do utente.*
4. *Indicação se, no caso concreto, foi acionado o INEM para operacionalização da transferência, acompanhado do respetivo suporte documental, designadamente, cópia da ficha que suporta as diligências de contacto realizadas para o efeito;*
  5. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.”.*
25. Nessa sequência veio o prestador remeter os esclarecimentos suscitados, enviando o relatório do episódio de urgência do utente, do qual cumpre destacar:

“[...]

*Ocorreu de facto uma demora que concordamos ter sido excessiva na transferência de um doente entre este Hospital e o Centro Hospitalar do Porto (CHP). O doente apresentava situação de foro da Oftalmologia tendo por esse motivo sido transferido do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS) para observação na Urgência de Oftalmologia do Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar de São João (CHSJ). Após avaliação inicial neste serviço foi proposto para transferência para a Urgência metropolitana de Oftalmologia do CHP dado que carecia de intervenção que se considerou que não poderia ser realizada, e concluída, até à hora de encerramento da Urgência de Oftalmologia no CHSJ. O atraso na transferência resultou da dificuldade na obtenção dos meios de transporte adequados. [...]*

*O utente foi admitido no SU do CHTS, unidade São Gonçalo – Amarante, pelas 15h57m do dia 11 de fevereiro [...]. Foi transferido para observação pela Urgência de Oftalmologia do SU do CHSJ. [...] Foi admitido no SU do CHSJ pelas 17h56 do mesmo dia. Foi feita a sua triagem pelas 18h06 [...]. Foi observado pelo médico da Urgência de Oftalmologia, Dr. V.F., com registo final de observação às 18h27m. [...] foi decidida a transferência do utente para o CHP onde funcionava a Urgência Metropolitana nocturna de Oftalmologia. [...] O utente teve alta clínica (por transferência) pelas 18h29m. A alta administrativa do CHSJ foi registada Às 21h31m. O utente foi admitido no SU do CHP pelas 21h46m.*

[...] Não foi accionado o INEM. A situação clínica não justificava recurso a meios do INEM. Fazê-lo seria condicionar a capacidade de resposta destes na sua missão primordial que é o socorro primário pré-hospitalar. [...].”

### III. DO DIREITO

#### III.1. Das atribuições e competências da ERS

26. De acordo com o n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, esta tem por missão “[...] a *regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*”.

27. Ainda, de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 5.º dos seus Estatutos, as atribuições da ERS compreendem “[...] a *supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita:*

[...]

b) *À garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes;*

c) *À legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.”.*

28. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos seus Estatutos “[...] *todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas.”;*

29. O que é o caso dos vários prestadores identificados nos presentes autos, que detêm a qualidade de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

30. No que se refere ao objetivo regulatório previsto na alínea b) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, a alínea a) do artigo 12.º do mesmo diploma legislativo estabelece ser incumbência da ERS “ *assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou*

*subsistemas públicos de saúde ou equiparados, acrescentando a alínea b) do mesmo artigo o dever de “prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados”;*

31. Podendo fazê-lo mediante o exercício dos seus poderes de supervisão consubstanciado no dever de *“zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições”*, bem como na emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. al. a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.
32. E, no que concretamente respeita à obrigação de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, se é certo que a violação do direito de acesso, como direito complexo, pode surgir sob diferentes formas, ou ser originada por diferentes causas, é igualmente certo que uma das suas violações mais graves e últimas se consubstancia na rejeição infundada de pacientes;
33. É também competência da ERS, *prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados.*

### **III.2. As Redes de Referência Hospitalar (RRH) como regras de acesso do utente aos cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde**

34. O direito à proteção da saúde, consagrado no art. 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), impõe o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no âmbito de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), e com respeito pelos princípios fundamentais plasmados naquele preceito constitucional, designadamente a universalidade, generalidade e gratuidade tendencial.
35. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (LBS), em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, estabelece no n.º 4 da sua Base I que *“os cuidados de saúde são prestados por*

*serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos”;*

36. Neste âmbito, os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde identificados nos autos integram, assim, o conjunto das “*instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde*”, isto é, pertencem ao SNS, tal como definido pelo n.º 2 da Base XII da Lei de Bases da Saúde, e cujo Estatuto foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.
37. Acresce que, conforme resulta da alínea b) da Base XXIV da LBS, os cidadãos têm o direito a que lhes sejam prestados integralmente todos os cuidados de saúde, não só os hospitalares, mas também os primários, os continuados ou até os paliativos;
38. Nessa medida, o direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde impõe-se, designadamente a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde que estejam integrados no SNS e que, nesse caso, deverão garanti-lo em respeito pelos princípios da generalidade, da universalidade e da gratuitidade tendencial constitucionalmente considerados na concretização do direito à proteção da saúde.
39. Paralelamente, cumpre a este propósito ressaltar que, não obstante a Base XXIII da Lei de Bases da Saúde classifique como complementar à atividade de prestação de cuidados de saúde o transporte de doentes;
40. Não pode, nem deve tal transporte ser processado de forma autónoma e não correlacionada com a efetiva prestação de cuidados de saúde;
41. Na medida em que os procedimentos adstritos ao transporte de doentes, não podem ser aptos a constringer *ab initio* o direito de acesso que a própria transferência visa acautelar com a procura de um nível de prestação de cuidados complementar ou até mesmo mais diferenciado;
42. O que necessariamente ocorrerá se não forem salvaguardados os padrões de qualidade, certeza e segurança exigíveis e que sejam aptos a garantir a dignidade e a prontidão exigidas à prestação de cuidados de saúde integrada de que o utente necessite.
43. Com efeito, uma forma de manifestação do princípio da generalidade no âmbito do SNS prende-se com a necessidade de se garantir uma correta referenciação de cuidados de saúde entre os diversos estabelecimentos nele integrados.
44. As RRH são pois essenciais ao cumprimento da característica de generalidade do SNS, constituindo um sistema integrado e hierarquizado que visa satisfazer, de forma concertada, as necessidades de assistência hospitalar no diagnóstico, de formação, de

investigação, de colaboração interdisciplinar e de garantia de qualidade no âmbito de determinada especialidade.

45. Por outro lado, o funcionamento e as imposições adjacentes ao funcionamento das RRH consubstanciam regras que, necessariamente, se manifestam no direito de acesso do utente aos cuidados de saúde como consagrado na Constituição e na lei. O seu deficiente funcionamento impacta negativamente com o direito de acesso do utente aos cuidados de saúde, produzindo um efetivo de não acesso (ou um acesso tardio ou inadequado) aos cuidados de saúde necessários.
46. Nesse âmbito, considerando que que as regras respeitantes às RRH constituem regras de acesso, nos termos e para os efeitos dos Estatutos da ERS, devem as mesmas, ser garantidas pela ERS e, caso aplicável, o seu incumprimento ser sancionado ao abrigo dos poderes que lhe foram atribuídos pelas alínea a) e b) do artigo 12.º e alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º de tal diploma.
47. Ora, a cada estabelecimento hospitalar que integra a rede devem ser atribuídos uma área geográfica e populacional de influência e um papel específico na área assistencial, tendo em conta a sua articulação, nomeadamente no âmbito de uma rede de referência, quer com as unidades de cuidados primários, quer com os demais estabelecimentos hospitalares.
48. Efetivamente, a atual organização do SNS assenta numa identificação clara e inequívoca da cadeia (vertical) de atribuições, competências e responsabilidades, para que o SNS seja, não somente *de iure* mas também de facto, um conjunto de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde organizado e hierarquizado.
49. Nesse sentido, cada instituição deve conhecer, sem dúvida ou incerteza, o que concretamente a si compete – e por tanto o que de si é esperado – para contribuir para a garantia constitucional da prestação de cuidados de saúde nas melhores condições de acesso, qualidade e segurança<sup>3</sup>.
50. Interessa pois que os prestadores de cuidados de saúde que concorrem para o funcionamento de cada uma das redes, não só se articulem entre si, desde os cuidados

---

<sup>3</sup> Nesse âmbito, os contratos programa surgem como instrumentos detidos quer pelas ARS, quer pelos prestadores de cuidados de saúde, para a operacionalização das suas concretas responsabilidades. Neles são definidos os objetivos do plano de atividades de cada um dos estabelecimentos hospitalares e a subsequente contratualização com o Estado, mediante o pagamento de contrapartidas financeiras em função da produção contratada e dos resultados obtidos, devendo cada um dos prestadores garantir o cumprimento das suas obrigações para garantirem, obviamente e *in fine*, o dever de garantir o acesso dos utentes aos cuidados de saúde. Assim, os contratos programa devem garantir os meios necessários ao cumprimento pelos hospitais contratantes, das regras determinadas por cada uma das RRH das quais os mesmos fazem parte integrante.

primários até aos diferenciados, em função dos recursos de que dispõem, e consideradas as condicionantes de cada uma das regiões e da valência a que respeitam, mas também se complementem, com a finalidade de aproveitarem os recursos de que cada um é possuidor.

51. E tanto não deixa de resultar na revisão das Redes de Referência Hospitalar projetada pela Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio<sup>4</sup>, que veio estabelecer o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do Serviço Nacional de Saúde, e definir o respetivo processo de criação e de revisão, estando ali salientado que “[...] a referência de doente entre instituições hospitalares do SNS, conforme a diferenciação técnica dos cuidados de saúde a realizar no âmbito de cada especialidade, decorre das regras estabelecidas para cada RRH.”.

### III.3. As áreas de influência

52. A definição de uma área de influência é essencial para um planeamento hospitalar apropriado, uma vez que associa – de forma organizada e geograficamente definida – populações residentes às unidades hospitalares da Rede Hospitalar, permitindo que a capacidade assistencial e a especialização de um hospital sejam adequadas às necessidades das populações.
53. As áreas de influência dos hospitais podem ser primárias/diretas ou secundárias/índiretas;
54. A área de influência indireta de um hospital engloba todas as populações cobertas pelas áreas de influência primárias dos hospitais que referenciam utentes para o hospital em causa.
55. Por seu turno, a área de influência primária de um hospital abrange a população que reside em torno do hospital, numa região pré-definida, seja por via contratual (como no caso das PPP), por referência legal (como no caso das ULS) ou mesmo por regulamento interno do hospital.
56. Excetuando o caso contratual das PPP e respeitando-se as delimitações das áreas de atuação das ARS, as áreas de influência primárias indicam as populações que cada hospital deve abranger, mas sem impedimento do acesso de utentes não cobertos pelas áreas de influência, fundamentalmente para que a liberdade de escolha dos utentes seja globalmente garantida.

---

<sup>4</sup> Que veio revogar as Portarias n.ºs 82/2014, de 10 de abril e 123-A/2014, de 19 de junho.

57. Por outro lado, importa ressaltar<sup>5</sup> que alguns hospitais não têm áreas de influência primárias bem delimitadas, o que pode potencialmente resultar em desorganização na referenciação dos utentes, com consequentes atrasos e má referenciação, em prejuízo do acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares.
58. Se, por um lado, há hospitais que têm áreas de influência definidas detalhadamente e com elevado rigor, inclusive ao nível de freguesias, por outro lado evidencia-se incerteza relativamente às populações abrangidas por alguns hospitais;
59. O que determina a necessidade definição das áreas de influência dos hospitais, com vista à melhor organização e adequação dos hospitais para um maior acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares e à melhor satisfação das suas necessidades, sendo que tal definição não deve ser determinante para o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, mas apenas indicativo da referenciação ideal dos utentes, tendo em conta o tipo, a capacidade e o grau de especialização de cada hospital, bem como a distribuição geográfica dos hospitais.
60. Neste enquadramento, conforme informado pela ACSS “*nos documentos técnicos disponíveis na Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., que têm sido validados pelas Administrações Regionais de Saúde, o concelho de Resende está incluído na área de influência direta do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.*”.

### **III.4. Análise da situação concreta**

#### **III.4.1. Da situação do utente J.P.**

61. De acordo com os elementos recolhidos em sede de instrução dos presentes autos, foi possível apurar que o utente J.P. deu entrada no Serviço de Urgência do CHSJ no dia 1 de fevereiro de 2015 com diagnóstico “[...] *para estudo e controlo da descompensação da diabetes* [...]”.
62. Subsequentemente foi decidida a sua transferência para o Hospital de Lamego, alegando o CHSJ que para o efeito contactou a referida unidade de saúde (SU Medicina Interna) igualmente prestando informação em conformidade à família;
63. Tal como descrito no relatório de urgência a alta ocorreu por “[...] *transferência externa, destino Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.* [...]”.
64. Sendo que em suma, sustenta o CHSJ que a transferência inter-hospitalar do utente decorreu de acordo com os procedimentos instituídos, mediante contacto prévio com a

---

<sup>5</sup> Tal como já explicitado pela ERS no Estudo para a Carta Hospitalar, publicado em [www.ers.pt](http://www.ers.pt).

unidade de destino a qual de acordo com a *Rede de Referência Hospitalar da Região Norte – Serviços de Urgência* era a unidade de Lamego do CHTMAD.

65. Paralelamente, decorre dos factos atestados pelo CHTMAD nos presentes autos que “[...] O doente [...] foi recebido cerca das 03H00 da madrugada no Serviço de Urgência do Hospital de Lamego. [...] Foi apenas nesta altura que foi verificada a área de residência do doente, pertencente a Resende, área de influência do Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa. Dado o adiantado da hora optou-se por manter o doente no serviço de urgência do Hospital de Lamego até à manhã seguinte para se proceder à transferência para o Hospital da Área de Residência, para que o doente pudesse receber os cuidados necessários em regime de internamento hospitalar, como de facto foi realizado.”.
66. Ora, do confronto entre os factos declarados por ambas as unidades hospitalares intervenientes no processo de transferência, conclui-se que assentam na ocorrência prévia de contacto por parte do CHSJ para assegurar a admissão do utente no SU do CHTMAD;
67. O que equivale a dizer que, não obstante as contradições existentes, ambos concordam que foi combinada a transferência do utente, certificando o teor da conversa telefónica prévia à operacionalização da transferência.
68. As divergências surgem assim quanto à correção da eleição do CHTMAD como unidade de referência.
69. Quanto à questão da área de influência do CHTMAD, e tendo como adquirida a residência do utente em Resende, facto aceite por ambas as entidades hospitalares, temos que o CHSJ junta aos autos o suporte documental da Rede de Referência Hospitalar da Região Norte – Serviços de Urgência, que sustenta a opção realizada pelo CHTMAD enquanto unidade de referência para o concelho de Resende;
70. Revelando-se que tal documento é incompatível com o disponibilizado pela ACSS à ERS, que tem como ano de referência 2013 e identifica tal concelho como pertencendo à área de influência do CHTS,;
71. Assim se concluindo que, não só no momento da ocorrência dos factos o hospital de referência para o concelho de Resende já era o CHTS como, tendo a transferência como principal fim a recuperação do utente numa unidade de proximidade, *in casu* no serviço de medicina interna, nunca a transferência deveria ter sido orientada com base num documento que norteia a organização da RRH dos Serviços de Urgência, conforme perentoriamente esclarecido pela ACSS.

72. Assim se constatando que o CHSJ falhou na identificação da unidade hospitalar elegível para a admissão do utente, sendo que tal falha poderia ter sido evitada se ambas as unidades tivessem adotado procedimentos simultâneos de confirmação de área de residência/área de influência o que teria tido perfeito cabimento no contacto prévio estabelecido para operacionalização da transferência, assim se garantindo uma dupla e simultânea confirmação da correção do procedimento.
73. Por outro lado, a reconhecer-se o bom fundamento do CHSJ na decisão de transferência do utente na perspectiva de prestação dos referidos cuidados de reabilitação numa unidade de proximidade, haveria que assegurar a necessária humanização dos cuidados, ainda para mais tratando-se de um utente de 90 anos a ser transferido a meio da noite (o que só por si, deve ser sempre evitado, salvo se daí decorrer um benefício inequívoco para o utente);
74. Ora, sempre se dirá que, também nesta perspectiva, os procedimentos desencadeados pelo CHSJ falharam, pois não logrou o utente uma prestação integrada e humanizada dos cuidados de que necessitava, já que se viu obrigado a duas transferências consecutivas, que teriam sido evitadas caso os procedimentos de transferência tivessem sido empregues com rigor.
75. Assim, da ponderação global das atuações do CHSJ e do CHTMAD no processo de transferência do utente J.P., cumpre considerar que se verificou um constrangimento no direito de acesso à prestação integrada de cuidados de saúde, em virtude de uma errada eleição do hospital de destino, que levou a consecutivas transferências entre unidades do SNS, e, por outro lado, de uma falta de atenção ao facto de se tratar de um utente de 90 anos, particularmente vulnerável.
76. Considera-se por isso pertinente a emissão de uma instrução ao Centro Hospitalar de S. João, E.P.E. e ao Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro, E.P.E. no sentido de garantirem sempre o cumprimento das regras aplicáveis em matéria de transferência inter-hospitalar de utentes, obviando à repetição de situações idênticas no futuro.

#### **III.4.2. Da situação do utente J.R.**

77. Por outro lado, analisando os constrangimentos verificados na operacionalização da transferência do utente J.R. do CHSJ para o CHP, o qual recorde-se “[...] *foi proposto para transferência para a Urgência metropolitana de Oftalmologia do CHP dado que carecia de intervenção que se considerou que não poderia ser realizada, e concluída, até à hora de encerramento da Urgência de Oftalmologia no CHSJ [...]*”

78. E relativamente ao qual o CHSJ reconheceu que “[...] *ocorreu de facto uma demora [...] excessiva na transferência do doente entre este Hospital e o Centro Hospitalar do Porto (CHP). [...] O atraso na transferência resultou da dificuldade na obtenção dos meios de transporte adequados [...].*”
79. Consta-se que o utente teve alta clínica por transferência às 18h29, tendo a alta administrativa sido registada às 21h31, e a admissão no SU do CHP às 21h46, o que em suma corresponde a um tempo de espera para transferência aproximado de 3 horas.
80. Ora, tendo presente que a transferência em causa visava a realização de uma intervenção cirúrgica a um utente que, aquando da admissão no SU do CHSJ, havia sido triado com prioridade laranja, conclui-se que tal demora não se coaduna com a necessidade de prestação integrada e atempada de cuidados de saúde.
81. Com efeito, cumpre rememorar que o transporte de doentes para transferência entre unidades deve ser sempre considerado como parte integrante da prestação de cuidados de saúde;
82. Pelo que os procedimentos adstritos ao transporte de doentes não podem constringer o direito de acesso que a própria transferência visa acautelar, com a procura de um nível de prestação de cuidados complementar ou até mesmo mais diferenciado, como se verificava *in casu* pela necessidade de realização do “[...] *tratamento de uma laceração escleroconjuntival inferotemporal que não poderia ser adiada [...].*”;
83. O que necessariamente ocorrerá se não forem salvaguardados os padrões de qualidade, certeza e segurança que garantam a dignidade e a prontidão exigidas à adequada prestação de cuidados de saúde.
84. Pelo que, também quanto à concreta situação do utente J.R., se considera oportuna a emissão de uma instrução ao CHSJ no sentido de assegurar a permanente disponibilidade de meios de transporte adequados à efetivação de transferência hospitalares emergentes/urgentes.

#### IV. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

85. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código de Procedimento Administrativo (CPA), aplicável *ex vi* da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido notificados para se pronunciarem relativamente ao projeto de deliberação da

ERS, o CHSJ, o CHTMAD, os reclamantes e a ARS Norte, todos por ofícios datados 17 de novembro de 2016.

86. Decorrido o prazo concedido para o efeito, e até ao momento presente, não foram rececionadas pronúncias de nenhuma das partes referidas, pelo que daí não resultaram quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, razão pela qual se deve manter na íntegra.

## V. DECISÃO

87. O Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea a) do artigo 24.º e das alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução ao Centro Hospitalar de São João, E.P.E. e ao Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., nos seguintes termos:

- (i) O Centro Hospitalar de São João, E.P.E. e o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. devem garantir permanentemente o cumprimento das regras aplicáveis em matéria de transferência inter-hospitalar de utentes, designadamente o cumprimento das Redes de Referência Hospitalar em vigor;
- (ii) O Centro Hospitalar de São João, E.P.E. e o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. devem garantir que as transferências por si operacionalizadas sejam sempre realizadas em prol do melhor interesse do utente, garantindo a prestação integrada, continuada e humanizada dos cuidados de saúde que as mesmas visam promover;
- (iii) O Centro Hospitalar de São João, E.P.E. e o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. devem garantir a adoção de mecanismos adequados de prévia confirmação, com recurso a fontes de informação unívocas e atualizadas, da inclusão do concelho de residência do utente objeto de transferência na área de influência do hospital de destino;
- (iv) O Centro Hospitalar de São João, E.P.E. deve assegurar a permanente disponibilidade de meios de transporte adequados à efetivação de transferência hospitalares emergentes/urgentes de modo a não colocar em causa a integração e qualidade dos cuidados de saúde prestados;

- (v) O Centro Hospitalar de São João, E.P.E. e o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. devem dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias úteis após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito.

88. As instruções ora emitidas constituem decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível, *in casu* com coima de 1000,00 EUR a 44 891,81 EUR, “[...] o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios, determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14º, 16º, 17º, 19º, 20º, 22º e 23º”.

O Conselho de Administração,

Porto, 22 de dezembro de 2016.